

# 大学生の自殺防止のための理解と対応

李 敏子

## 1. 大学生の自殺の現状と対策

日本の自殺者数が1998年以降3万人を超える状態が続いたことを受け、2006年に自殺対策基本法が施行された。その基本理念として、「自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみとらえるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない」とされている。内閣府（2014）の『平成26年版自殺対策白書概要』によれば、日本の自殺者数は1998年以降14年連続で3万人を超える状態が続いていたが、2012年に15年ぶりに3万人を下回った。2013年の自殺者数は2万7,283人であり、うち大学生は469人（1.72%）であった。平成24年における年齢階級別の死因順位では、15～39歳の5歳ごとに見た死亡原因の第一位は自殺であった。こうした状況は国際的に見ても深刻であり、15～34歳の若い世代で死因の一位が自殺となっているのは先進国では日本のみであり、その死亡率も他の国に比べて高いという。

自殺対策基本法が制定され国や地方自治体が積極的に自殺対策に取り組むようになり、大学においても対策が必要とされるようになった。国立大学法人保健管理施設協議会（2010）は、2009年に全国の国立大学法人を対象に実施した調査を参考にして「大学生の自殺対策ガイドライン2010」を策定した。このなかで、「自殺者を発生させるリスク要因をできる限り大学の生活環境（キャンパスライフ）から排除するために何ができるか」という視点から自殺対策を考えることが大切である」とし、「自殺を個人的な問題とみなす限り、大学として自殺対策に手をさしのべることは困難であると思われる。自殺を最終的に決行するのは個人であるにしても、その自殺を促したり抑えたりする社会的な要因も存在している」と述べられている。日本学生相談学会（2014）も、学生の自殺防止は高等教育機関における喫緊の課題であり大学コミュニティ全体で行うものであるとし、「学生の自殺防止のためのガイドライン」を策定した。

筑波大学では1982年に群発自殺が起きたことを契機として、長年にわたり自殺予防対策に取り組んできた。筑波大学で学生支援に携わる佐藤（2010）は「大学というコミュニティにおける自殺は、家族はもちろん、友人、教員、職員など多様な関係者に強い衝撃を与えるものであり、大学のリスクマネジメントに係わる問題と認識する必要がある」と述べている。このように、大学において自殺防止のための取組が必要とされているのが現状である。

## 2. 自殺のリスク要因

太刀川・大塚（2008）は、自殺は個人の精神病理を超えて社会と個人の関係性を問題領域とする多面的要因で成立すると述べている。自殺企図は、性格傾向や養育環境を準備段階として、喪失体験やライフイベントを契機に、うつ病などの精神障害に罹病し、周囲か

---

\* 人間関係学部 学生相談室長

ら孤立してしまうことで生じるとし、養育環境、喪失体験、ライフイベント、孤立といった問題については、薬物療法などの精神医学的対応だけでなく心理社会的介入が必要であると述べている。

高橋（2010）は自殺の危険因子として以下の5つをあげている。高橋（2010）に従い、それらを簡潔に説明する。

(1)自殺未遂歴

(2)十分にコントロールされていない精神疾患

大学生は、うつ病や統合失調症がしばしば初発する世代であり、精神疾患の早期診断と適切な治療への導入が自殺予防になる。

(3)サポートの不足

大学生は家族からの自立を迫られる世代であり、遠方の大学で家族のサポートから離れている学生や、自宅から通学していても心理的な自立を迫られている場合もある。悩みや問題を抱えても容易に周囲に相談できずに孤立傾向にある学生には、周囲から援助の手を差し伸べる必要がある。

(4)事故傾性

自殺はある日突然、何の前触れもなく起こるのではなく、自殺に先行して自己の安全や健康を守れなくなることがあり、これを事故傾性という。

(5)他者の死の影響

家族の自殺や自殺未遂、親しい人の自殺や自殺報道などに影響を受けていないかに注意する。若者は群発自殺のハイリスク群であり、キャンパスで自殺が生じた場合は、第二、第三の自殺が生じないように対策をとる必要がある。

また、内田（2010）は1985年から2005年の21年間に全国の4年制6年制国立大学を対象に実施した調査を集計して、大学生の自殺の特徴を明らかにした。1996年度からは自殺が大学生の死因の第一位を占めていた。性別では他の年代と同様に男子の自殺率が高かった。この理由として「女子の相談率は男子よりも高く、女子は援助希求行動をとり、柔軟に問題解決に向かうことができる」とし、「他者依存が可能かどうかの社会的立場が自殺率に影響している」と考察している。学年で比較すると、4年制では4年生と5年生以上で有意に高く、6年制医学部では7年生以上で有意に高かった。このことから最終学年と留年生（過年度学生）は自殺のリスクの高い集団として注意を要すると述べている。「4年生は卒業論文や進路、就職などの将来を決定する重要な課題に関連したストレスが高まる時期であり、特別な配慮を要する。また休学や留年中である過年度学生は特に自殺リスクが高い群である。ひきこもり、スチューデントアパシー状態の学生も多いこのグループへの援助は重要課題である」としている。精神疾患としては気分障害と統合失調症の割合が高かった。学内保健管理センターの関与率は20%以下であり、専門医による診断も治療も受けずに自殺する学生が多いことが明らかになった。

「大学生の自殺対策ガイドライン2010」（国立大学法人保健管理施設協議会、2010）によれば、リスク要因は下記のように記載されている。まず、大学（学校）に特有のリスク要因には以下のものがある。

(1)大学（学校）生活不適応（不本意入学、孤立、不登校、ひきこもりなど）

(2)学業不振（単位取得不良、留年、頻繁な欠席、卒論・修論の未提出など）

(3)就職困難（進路決定保留、就職未定など）

(4)長時間作業（研究活動や論文執筆などによる長時間作業）

この他、大学（学校）に限らず、どの社会においても重大なリスク要因として以下のものがあげられている。

(5)自殺関連行動（虚無的・厭世的な思考、絶望感、希死念慮や自殺念慮、自殺企図や自殺未遂の既往など）

(6)精神疾患（うつ病性障害、統合失調症、睡眠障害、心気症などの神経症性障害など）

(7)喪失状況（愛情対象の喪失、経済的困窮、家庭内不和、近親者との死別など）

(8)アルコール・物質（薬物）乱用

(9)重大な対人被害（ハラスメント、深刻ないじめなど）

同ガイドラインでは、リスク要因(5)～(9)のうち一つ以上のリスク要因を示す者を「ハイリスク者」と呼び、専門的な相談のできる精神科医などの関与が必要であり、多数のリスク要因を示す者には特別な注意や支援が必要であるとしている。また(1)～(4)のうち一つのリスク要因を認める者を「リスク者」と呼び、リスク要因が増加するに伴い自殺危険性は高まるため、リスク要因が増加しないようにプリベンション（一次予防）を行う必要があると述べている。

富山大学では平成20年度に4人、平成21年度に3人の自殺が発生し、その対策として平成21年12月に富山大学自殺防止対策室が設置された。富山大学自殺防止対策室(2013)で平成20年度から23年度の4年間の既遂者9人の情報分析を行った結果、9人中6人は成績不振かつ欠席過多で、その内4人は直近1年間以上の単位取得がなかった。この結果から不登校・引きこもり・欠席過多学生への支援が自殺防止対策に重要であると考察している。このように、リスク要因の分析に基づいて対策を考えることが重要である。

### 3. 大学における自殺防止のための対応

自殺予防は、一次予防（プリヴェンション）、二次予防（インターヴェンション）、三次予防（ポストヴェンション）に分けられる。一次予防は自殺予防のための教育や啓発活動、二次予防は自殺企図のある人の早期発見・早期対応と危機介入、三次予防は自殺が生じた後の関係者へのケアと群発自殺を防ぐための活動である。

松本（2014）は、援助希求能力の乏しさが自殺のリスクを高める根本要因であるという観点から、一次予防としての自殺予防教育のあり方について次のように述べている。「命の大切さ」を訴える生命尊重教育は、メンタルヘルスの問題を道徳教育にすり替えており、死にたいと考えたことがある人に「自分は不道德な人間なのか」と感じさせて援助希求能力をますますやせ細らせるために望ましくなく、援助希求能力を高めることが重視されるべきであるという。

日本学生相談学会（2014）のガイドラインによれば、日常的な自殺防止の基本的な取組は「目の前の学生に教職員が丁寧に関わることであり、学生が困難を抱えたまま孤立しないようなキャンパスコミュニティを形成すること」である。具体的には以下のような対応があげられている。①システム/体制作り（自殺防止・危機対応に関する組織的な整備）、②全学的な対応（自殺防止や自殺対策に関するFD/SDの実施、学生を対象とした講演会・講義など）、③居場所・人間関係をつくるための仕掛けづくり（学生の居場所の整備、学生

同士のネットワーク作りの支援など)、④物理的対策(建物等の危険箇所のリストアップと対策実施状況の点検、自殺防止対策を考慮した各大学独自の建築基準・ガイドラインの作成、薬品・危険物等の管理の徹底など)。

ハイリスク学生への対応は、以下のように述べられている。いち早く気づき、学生が孤立しないようにつながりを作り、学生相談機関等の専門的支援機関につなげる。この流れのなかで「見守る」ことも重要である。差し迫った危険がある場合は、安全を確保できるまで学生を一人にしないこと、できる限り本人の了承を得て保護者や関係者に連絡すること(緊急の場合には本人の同意が得られなくても安全確保を優先して連絡する)、学生が安心して学生相談や医療を受けられるように専門機関へつなぐことである。このさい、個人ではなくチームで対応することが重要である。不幸にも自殺が発生した時には、周囲の学生や教職員への心理的ケア、群発自殺の防止、再発防止策の検討などを行うとしている。

「大学生の自殺対策ガイドライン 2010」(国立大学法人保健管理施設協議会、2010)では以下のように述べられている。学生や教職員はハイリスク者を早期発見し、専門的な相談のできる保健管理センターなどにつなげる必要がある。また、ハイリスク者や関係者から得た情報のうち、自殺対策に有用な情報は関係者や学内支援者と共有する必要がある。この情報共有についてハイリスク者の同意を得ることが望ましいが、緊急性の高い場合には同意が得られなくても情報共有を行う。ハイリスク者に対する時間外の対応として、独居者の場合、本人の安全のため家族の同居を要請するか、本人を帰省させて家族の監視下に置く必要があるとしている。

本学では学修・生活指導教員が、欠席の多い学生や単位取得数の少ない学生に連絡をとる取組がなされているが、この連絡が一次予防として実効性をもつように工夫することが望まれるであろう。また、常日頃から学生と関わるなかで教職員から見て気になる学生がいれば、声をかけて話を聴き、学生相談室など専門相談機関につなぐことが重要である。そのために学生から見て学生相談室が訪れやすい相談の場であることが望ましく、学生相談室を新入生オリエンテーションで紹介したり、学生が参加するグループワークや講演会などで身近に感じてもらう取組には意義があると思われる。

特に4年生は、就職活動や進路決定に向けてストレスが高まる時期であり、就職活動の中で心理的問題が生じることの予防や、問題が生じたときに早期に心理的援助を始められるような学内連携が必要である(李、2013)。

さらに、精神疾患が自殺のリスクファクターであることから、学生相談室員がアセスメントをして医療機関につなぐことや、必要に応じて保護者に連絡をとって面談の機会をもうけ、保護者との信頼関係を築くことも重要である。

佐藤(2010)によれば、最も重要な点は「人と人とのつながりによるセーフティネットを築くこと」、つまり孤立を防ぐための「こころの絆作り」である。「自殺という選択をしなければならぬほどの危機状況にある学生は、孤立した状況にある。そうした学生を見出し、声をかけ、細い絆を築いていくことが自殺予防の本質である」という。「危機にある学生に対して複数の方向から手を差し伸べ、関係者同士もつながりあうこと、つまり支援の多重化、関係の多重化が、学生支援においては重要な視点になる」と述べている。

このように、日常的な対応としては、学生が孤立しないようにさりげない配慮や声かけによる関係づくりを心がけ、危機対応としては、学生と保護者、学生相談室、医療機関、

学内関係者がつながりを作って見守ることが重要である。

#### 4. 自殺の危険が高い人への対応

自殺の危険が高い人への対応の原則を、カナダで自殺予防を実施しているグループが TALK の原則としてまとめている。高橋（2010）によれば、TALK とは Tell, Ask, Listen, Keep safe の頭文字をとったものであり、以下のように説明している。

**T:**相手のことを心配しているということをはっきりと言葉に出して伝える。

**A:**自殺の危険を感じたら、はっきりとその点について尋ねる。真剣に対応するならば、それを話題にしても危険ではなく、むしろ自殺予防の第一歩になる。

**L:**傾聴する。絶望的な気持ちを真剣に聴く。安易な激励、叱責、助言、社会通念の押し付けなどは禁物である。

**K:**危ないと思ったら、その人をひとりにしないで、一緒にいて安全を確保したうえで、他から必要な援助を求める。強い自殺念慮を抱いていたり、自殺未遂に及んでいた場合には、確実に精神科受診につなげる。

また、高橋（2010）は、治療の原則は、心理療法、薬物療法、周囲の人々との絆の回復が3本柱であるとし、以下のように述べている。

##### (1)心理療法

きわめて自殺の危険の高い急性期の状態では、本人の安全をまず確保し、支持的なアプローチを行う。自省を強いるようなアプローチを性急に行うことはかえって危険な場合もあるため、心理療法的アプローチを行うのはあるていど精神状態が安定してからである。問題を抱えても、自殺行動ではなく他の適応的な対処法をとれるように援助する。

##### (2)薬物療法

精神疾患が存在する場合は薬物療法が不可欠である。

##### (3)周囲の人々との絆の回復

自殺の危険が高い人は自責感や無価値感が高いために、周囲の人々から救いの手が差し伸べられても、自らそれを拒絶する結果、ますます孤立感が深まる。したがって周囲の人々との絆の回復が重要である。

高橋（2010）は、「自殺が話題になると、しばしば『自己決定権』の議論が起こる。しかし、自殺とは自由意志に基づいて選択された死などではなく、ほとんどの場合、さまざまな問題を抱えた末に『強制された死』であると言っても過言ではない。そして、自殺の危機の背後には必ずと言ってよいほど、『孤立』が存在している。そこで、死を思いつめるまでに追いつめられた人が必死になって発している『救いを求める叫び』をしっかりと受け止め、周囲の人々との絆を回復することが、自殺予防につながる」と述べている。

以下に、筆者の臨床経験から、カウンセラーとして自殺の危険が高い人と面接するときの留意点について述べる。

精神疾患がある場合は、その症状による苦痛を緩和するため、必ず精神科受診をすすめる。本人が抵抗を示したとしても、粘り強くていねいに説明する。そのさい、上から説教するのではなく、何よりもその人のためを思って話しているという誠意が伝わるのが大切である。また、精神科受診について保護者にも連絡して、できれば受診に付き添ってもらうようにする。



カウンセラーは、その人に生きていてほしいという真剣な気持ちで接することが重要である。自殺は苦しみの果ての選択であるから、苦しみに共感しながら聴いていると、安易な慰めや励ましなど言えなくなり、カウンセラーも言葉に詰まることが多い。カウンセラーは、その人の苦しみが少しでもやわらぎ、らくに生きられるように、寄り添い支えようとする。苦しみの内容によってはそれを軽減するための現実的・具体的な対応も必要になるが、心理的な苦痛は、一人で抱えるのではなく、だれかに聴いてもらい共感し理解してもらうことで、ずいぶん負担が軽くなるものである。本人は視野が狭くなりがちで、必要以上に追いつめられていることもある。カウンセラーが苦痛を聴き、いわば苦痛とともに分かťことが治療的である。

自殺念慮の高い人と面接すると、死の方に引き寄せられている人を生の方に引っ張り返すという綱引きをしているような感覚を覚えることがある。カウンセラーが綱をもつ手を離してしまえば、その人は容易に死の方へ行ってしまうと感じる。危機状況では、生の側に引っ張る手を弱めてはならないという緊張感をもち続けることになる。このような状況では、カウンセラー一人が全面的に抱えようとするのではなく、他の援助スタッフとの情報共有・連携や保護者との連携を密にすることも重要である。カウンセラーの負担が重くなりすぎないように、まわりのスタッフでカウンセラーを支えることが必要になる。

自殺念慮の高い人が少しこころの余裕を取り戻したとき、かすかに「生きていたい」という気持ちが生じる。自殺を防止するためには、自殺を止め続けるという消極的な姿勢ではなく、その人の欲求や志向性が生に向かうことこそが肝心である。そのためには、生のなかに、居心地のよさや安らぎ、少しでも楽しみがなくてはならず、それを保障することが必要である。危機状況では、面接の間隔があかないように回数をふやしたり、回数をふやせない場合には臨時の時間外の対応が必要になることもある。次の面接の約束をし、そのときまで生きていることを約束してもらう。

もともと生きていることが快適であれば自殺したいなどとは思わないということを考えると、日々の生活の苦痛を緩和し快適な時間をふやすことが、結局は自殺予防につながる。その快適な時間が、人との関係に支えられていることが重要であろう。思春期や青年期の人は生きる意味や目的に悩んでカウンセラーに問いかけてくることがある。そのような問いは、苦しみのなかでそこに引き寄せられていることが多いが、カウンセラーは逃げたりはぐらかしたりせず、今まで人生を生きてきたひとりの大人として真剣に考えて答えることが重要である。ただ、実際にはそういった観念的なことよりも、日々の少しの楽しみが人を支えるのである。

思春期・青年期は、死への親和性が高く、ふとしたきっかけで生死の境を越えてしまえるほど死へのハードルが低い、それはこの時期の心理発達の課題と密接に関連している。まだアイデンティティが確立されず自分というものがあいまいで不確かであること、これまでの人生で築いてきたもの（大人であれば家庭や仕事の業績など）が少ないので人生を捨て去るのに未練や執着が少ないこと、自分が他者に対して負っている責任が少ないので自分ひとりのことしか考えられないことなどである（李、2012）。

とりわけアイデンティティの問題は重要である。アイデンティティが不確かであると、空虚感を埋めるために暴発的な行動に出やすい。また、自己評価が定まらないために、他者の評価を必要以上に気にしてしまい、他者の顔をうかがっておびえたり動揺したりし

がちである。そのため他者との関係で、本当の自分を出せず、人に期待される自分を演じてしまうことになる。このような日常の対人関係が本人を精神的に疲弊させ、少しのきっかけで自己破壊に傾かせることになる。このような関係のなかでは、本人が他者に相談したり弱音を吐くことも難しくなる。筆者は、自己破壊には、他者の期待に合わせる「偽りの自己」を破壊して「本当の自己」を生きようとする欲求が潜んでいることを事例に基づき主張した(李, 1997)。大切なことは、本人がどのような表現であれ他者に援助を求め、本音を吐ける関係と場が保障されることである。

また、自殺について考えるとき、犯罪社会学者ハーシ(Hirschi, 1969)が非行を防止するものとしてあげた「社会的絆」の理論を適用できる(李, 2012)。ハーシは、社会との絆が弱められると非行が発生するとし、社会との絆として以下の4つをあげている。

- (1)愛着(attachment)：他者への愛着。
- (2)コミットメント・投資(commitment)：もし逸脱行動をすれば、今までやってきたすべてのことを失う、もったいないという感覚。
- (3)関与・没頭(involvement)：日常生活のさまざまな活動で社会・集団とつながりを持ち、熱中する対象をもつこと。逆に、暇や退屈感が非行を助長する。
- (4)規範意識・信念(belief)：規範への素朴な信頼感。

非行臨床においては社会との絆の構築が目指されているが、このことは自殺への対応にも当てはまる。自殺を抑止するような規範意識が希薄化していることは、ネットを介した集団自殺の増加などを見ても明らかである。しかし、死にたいと思ったとき、親の悲しむ顔が浮かび、踏みとどまることがある。浮かぶ顔は、親でなくても愛着や信頼の対象であれば誰でもいいだろう。この意味で、愛着の対象がこの世に存在することが自殺の抑止力となる。従って、カウンセラーが愛着や信頼の対象になりうることが重要である。「死にたい」とカウンセラーに語ることにしたいが、助けを求める行動であると言える。カウンセラーに、生きるための絆を求め、自殺を止めてほしいのである。また、本人が日々の生活で他者とつながりながら、何かに熱中し忙しくしていることも重要であろう。

自殺を防止することは重要であるが、まわりがだげさに心配して騒ぎ立てると、かえって自殺に追い込むこともありうる。本人のこころを波立たせないように静かな安定した態度で、状況を見守って対応することが必要になる。現実問題として、同居する家族であっても、いくら心配していても、人を24時間監視し続けることは不可能である。「力」や「監視」による抑止には限界があり、逆に自殺念慮を強めてしまうこともありうる。それは、「こころ」をもつ「人」ではなく、「取扱注意」の「モノ」として扱われているように感じることが、人としての尊厳を傷つけられる経験になりうるからである。カウンセラーとしては、細い絆の糸をたよりに、次回の約束をして短い間隔で面接をつないでいくことである。暗い夜道を行くときのように、遠くは見えなくても、常に目のまえの道の安全を確認しながら進む心持ちが必要とされる。そばで支えながら、その人のなかに少しずつ生きたいという気持ちが回復するように、生のなかでの居場所を保障するのである。何よりも、カウンセラーといるときに、長旅に疲れたあとに家に帰るときのような安心感を与えられるように接することが大切である。

## 文献

- Hirschi,T.(1969) Causes of Delinquency. University of California. (森田洋司・清水新二  
監訳 (1995) 非行の原因. 文化書房博文社.)
- 警察庁 (2014) 平成 25 年における自殺の状況. 警察庁<[https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatu/H25/H25\\_jisatunoukyou\\_01.pdf](https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatu/H25/H25_jisatunoukyou_01.pdf)> (2014 年 8 月 20 日)
- 国立大学法人保健管理施設協議会メンタルヘルス委員会自殺問題検討ワーキンググループ  
(2010) 大学生の自殺対策ガイドライン 2010. 全国大学メンタルヘルス研究会<  
<http://melabq.nagaokaut.ac.jp/MH/PCSG2010.pdf>> (2014 年 8 月 20 日)
- 松本俊彦 (2014) 自傷・自殺する子どもたち. 合同出版.
- 内閣府 (2014) 平成 26 年版自殺対策白書概要. 内閣府<[www8.cao.go.jp/jisatutaisaku/whitepaper/w-2014/pdf/gaiyou](http://www8.cao.go.jp/jisatutaisaku/whitepaper/w-2014/pdf/gaiyou)> (2014 年 8 月 20 日)
- 日本学生相談学会 (2014) 学生の自殺防止のためのガイドライン. 日本学生相談学会<  
<http://www.gakuseisoudan.com/wp-content/uploads/2014/05>> (2014 年 8 月 18 日)
- 佐藤 純 (2010) 筑波大学における自殺予防のための学生支援. 大学と学生, 85, 47-52.
- 高橋祥友 (2010) 自殺予防の基礎知識. 大学と学生, 85, 22-29.
- 太刀川弘和・大塚耕太郎 (2008) 自殺企図者に対するケース・マネジメント. 精神神経  
学雑誌, 110, 238-243.
- 富山大学自殺対策防止室 (2013) 富山大学における自殺防止システムの構築と活動実績.  
学園の臨床研究, 12, 13-18.
- 内田千代子 (2010) 21 年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防への  
手がかりを探る—. 精神神経学雑誌, 112(6), 543-560.
- 李 敏子 (1997) 心理療法における言葉と身体. ミネルヴァ書房.
- 李 敏子 (2012) 自己破壊的行動の心理臨床. 精神療法, 38(3), 380-382.
- 李 敏子 (2013) 大学生の就職活動における心理的問題と援助のあり方. 相山女学園大  
学学生相談室活動報告, 8, 3-12.